Rok XXXVII. Kraków 10. Września 1898. Nr. 37.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Leczenie wodogłowia zapomocą sączkowania (drenowania) śródczaszkowego.

Podał

Dr. H. Schramm,

Docent chirurgii Uniwersytetu Lwowskiego.

Nie mam zamiaru wdawać się w rozbieranie etyologii wodogłowia; podnieść jednak muszę, że choć są różne, poczęści jeszcze nie znane przyczyny tego cierpienia, to jednak trzeba przyznać, że ostatecznym powodem zmian chorobowych jest zwichnięcie równowagi między wydzielaniem się a wsysaniem cieczy mózgowordzeniowej. Powiększone wydzielanie lub zmniejszone wessanie płynu w pierwotnym pęcherzu mózgowym przeszkadza prawidłowemu rozwojowi półkul mózgowych i prowadzi do wodogłowia wrodzonego; ta sama sprawa, powstała w pierwszych miesiącach życia dziecka, lub nawet nieco później, sprawia, że ciecz, gromadząca się coraz obficiej w komórkach, uciska i rozpycha utworzone już półkole mózgowe, wywołując ich zanik i powiększenie obwodu czaszki. Zabiegi lecznicze muszą też zmierzać do zmniejszenia ilości nagromadzonego płynu, zatem dążyć do powiększenia wsysania się cieczy lub zmniejszania jej wydzielania się. Medycyna wewnętrzna posługuje się przeważnie środkiem pierwszym, to jest stara się przez podniesienie ogólnego stanu odżywienia, przez podawanie leków, ułatwiających wessanie, odwodzących i przeczyszczających, podniecić wessanie płynu, nagromadzonego w komórkach mózgowych. W przypadkach wodogłowia wrodzonego środki te pozostają prawie zawsze bez skutku; w wodogłowiu nabytem mogą odnieść dobry skutek tylko w przypadkach świeżych i nizkiego stopnia.

W przypadkach wyższego stopnia i nieco zadawnionych medycyna wewnętrzna jest bezwładna; pomódz jeszcze może leczenie chirurgiczne. I tutaj zabiegi lecznicze można podzielić na dwojakie; jedne mają na celu zmniejszenie wydzielania się płynu, drugie dążą do wzmożenia wessania przez sztuczne powiększenie powierzchni wsysającej. Do pierwszych liczyćby należało systematyczny ucisk czaszki zapomocą odpowiednich opatrunków; metoda ta jednak sama przez się prawie nigdy nie prowadzi do dobrego wyniku, zwłaszcza, że dzieci nie znoszą dostatecznie długiego i odpowiednio silnego ucisku. Drugim środkiem, ten sam cel mającym, jest jedno lub kilkorazowe wypuszczenie płynu przez nakłócie. Sposób ten bardzo zresztą stary, polecany już bowiem przez Hippokratesa i Celsyusza dotychczas najwięcej liczy zwolenników, a w celu wykonania jego podawano rozmaite rodzaje postępowania. Najczęściej wykonywano nakłócie jednej z komórek bocznych, wbijając trójgraniec nieco z boku od linii środkowej czaszki przez rozciągnięte ciemiączko większe. Langenbeck nakłół komórkę przez wypartą i ścieńczałą jedną ścianę oczodołu, aby utworzyć najodpowiedniejszą drogę do odpłynięcia cieczy mózgowordzeniowej. Broce wykonał nakłócie przez otwór trepanacyjny nad i za uchem, podobnież Nuijens [1]) zaleca nakłócie tylnego rogu komórki. W najnowszych czasach Quincke [2]) zalecał także w celu leczenia wodogłowia nakłócie lędźwiowe. Zabiegi te jednak, prócz prawie zawsze stwierdzonej chwilowej poprawy, bardzo tylko rzadko dawały dobre wyniki.

Pomijając już niebezpieczeństwo nagłej zmiany ucisku śródczaszkowego, po szybkiem wypuszczeniu większej ilości płynu, mogące sprowadzić nagłą śmierć dziecka, to zważyć trzeba, że jednorazowe usunięcie płynu tylko bardzo wyjątkowo prowadzi do wyleczenia choroby; prawie zawsze zabieg ten potrzeba powtarzać kilka razy. Mimo zachowania wszelkich ostrożności aseptyki następne nakłócia wykazują, że płyn przybiera cechy wydzieliny zapalnej i sprawa ta wcześniej czy później pociąga za sobą śmierć dziecka. To też i doświadczenia, zebrane w najnowszych czasach, nie są wcale zachęcające. Picque [3]) n. p. przytacza, że z 13 operowanych dzieci 12 zmarło, jedno pozostało idyotą. Raczyński [4]) z 7 przypadków nie miał żadnego dobrego wyniku; podobnie wyrażają się Andry [5]), Bilhaut [6]), Zaleski [7]); Trzebicky [8]) wspomina również o 1 przypadku śmiertelnym, a i moje doświadczenia, oparte na 3 przypadkach nakłócia komórki bocznej, przekonały mnie, że, prócz chwilowego polepszenia, nie można zapomocą samego nakłócia osiągnąć wyleczenia, przynajmniej w nieco wyższych stopniach wodogłowia przewlekłego. To samo powiedzieć można o połączeniu nakłócia z wyciągnięciem (aspiracyą) płynu; zabieg ten, przez nagłą zmianę ucisku śródczaszkowego, musi być nawet niebezpieczniejszy od samego nakłócia.

W celu zmniejszenia wydzielania się płynu, polecali też niektórzy autorowie, jak Wienu, Tondnesco i Langenbeck wstrzykiwanie do komórki mózgowej płynów drażniących, a mianowicie rozczynu jodu. Lubo jednak próby te wykazały, że mózg znosi czasami nawet tak silne drażnienie, to przecie, z powodu niepewności wyniku, a wielkiego natychmiastowego niebezpieczeństwa, sposób ten nie znalazł wielu zwolenników. Mojem zdaniem możnaby ostatecznie próbować ostrożnego przepłókania komórki zapomocą płynu obojętnego, mianowicie fizyologicznego rozczynu soli, tembardziej, że tym sposobem np. Keen opisywał wyleczenie w 1 przypadku wodogłowia wprawdzie nie przewlekłego, lecz powstałego na tle podostrego zapalenia opon mózgowych.

Inne sposoby leczenia mają na celu obok jednorazowego usunięcia płynu także zwiększenie wessania przez to,

że otwór po nakłóciu umyślnie zostawia się nie zamknięty, aby powstająca na nowo ciecz mózgowo-rdzeniowa mogła swobodnie odpływać na zewnątrz. Do stosowania tego sposobu zachęciły mnie spostrzeżenia samoistnego wyleczenia wodogłowia po przypadkowym urazie, n. p. w przypadku opisanym przez Greatwooda[9]), w którym, po przebiciu wodogłowia gwoździem i po 4-dniowem swobodnem odpływaniu cieczy mózgowo-rdzeniowej, nastąpiło stałe wyleczenie, lub w przypadku Haasego[9]), w którym stwierdzono wyleczenie po samoistnem przebiciu się płynu przez ścieńczałe powłoki głowy. Przypadki takie jednak należą do bardzo rzadkich wyjątków; doświadczenie zaś poucza, że mimo wykonania zabiegu operacyjnego według zasad nowoczesnej chirurgii, mimo chwytania wypływającej cieczy w opatrunek anty- lub aseptyczny, następuje z reguły wcześniej lub później zakażenie ropne wśród komórki, pociągające za sobą niechybnie śmierć dziecka. To samo da się powiedzieć, w wyższym jeszcze stopniu, o zakładaniu sączka do komórki, w celu odprowadzania cieczy mózgowo-rdzeniowej na zewnątrz. Wyniki tego zabiegu są prawie zawsze niekorzystne. Słusznie też wymaga Nuijens[1]), aby tego zabiegu, jako sposobu leczenia przewlekłego wodogłowia, zupełnie zaniechać.

Wobec tego pozostała jeszcze jedna droga do przyspieszenia wessania nagromadzonego płynu, a mianowicie, bądź to przez otwarcie prawidłowego, lecz zamkniętego połączenia komórek z przewodem stosu pacierzowego, bądź przez połączenie komórki mózgowej z przestworami łącznotkankowymi, położonymi poza oponą miękką lub twardą.

Pierwszą z tych dróg obrał A. Bruce[10]), w przypadku wodogłowia podostrego, spowodowanego zapaleniem opon mózgowych u podstawy czaszki u dziewczyny 13-letniej, u której, jako powód wodogłowia przypuszczał zamknięcie komórki czwartej. Cięciem łukowatem od jednego wyrostka sutkowego do drugiego, sięgającem największą swą wypukłością nieco poniżej wyniosłości tyłogłowowej *(protuberantia occipitalis)*, ograniczył płat, który oddzielił aż do otworu wielkiego *(foramen magnum)* i z brzegu czaszki wytrepanował kawałek kości o średnicy $^3/_4$ cala. Po otwarciu opony twardej i mocno zgrubiałej błony pajęczej, przekonał się, że oba migdałki móżdżkowe przylegały mocno do siebie; po ostrożnem ich rozdzieleniu wypłynęło około 10 uncyj płynu, poczem części te przybrały położenie prawidłowe. Opony twardej Bruce nie zespoił; również nie wszczepił wytrepanowanego kawałka kości, tylko zeszył ranę skórna. Przez kilka dni ciecz mózgowo-rdzeniowa wypływała obficie wzdłuż szwów, a po ich wyjęciu gromadziła się pod skórę. Po 3 ch tygodniach nastąpiła śmierć z wyniszczenia, a oględziny pośmiertne wykazały zapalenie opon mózgowych u podstawy i ropień w czaszce. Czy i o ile operacya podobna może być pomocna w zapaleniu opon mózgowych, zwłaszcza nie gruźliczem, o tem mogą pouczyć dalsze doświadczenia; sądzę jednak, że zabieg ten jest zbyt ciężki, a zamknięcie komórki czwartej zbyt rzadką przyczyną przewlekłego wodogłowia, aby sposób ten można polecać, jako środek leczniczy w tem cierpieniu.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z oddziału I. chorób wewnętrznych szpitala Powszechnego we Lwowie (Prym. Dr. O. Widmann).

O sposobach i klinicznej doniosłości wykrycia barwika żółci w moczu.

Podał

Dr. W. Arnold,

sekundaryusz szpitala.

(Ciąg dalszy).

Wobec tego, że nie znamy innego wytworu bilirubiny, któryby posiadał widmo o liniach pochłonnych bilicyaniny, a któryby nadto wobec odczynników zachowywał się w ten sam sposób, nie możemy wysnuć innego wniosku, jak tylko ten, że odczyn, opisany przez prof. Gluzińskiego, polega na wytworzeniu się bilicyaniny z bilirubiny pod wpływem gotowania z formaldehydem.

Na odwrót tylko wówczas, gdy stwierdzić możemy smugi bilicyaniny zielonej, płyn zachowuje się w sposób opisany przez autora t. j. zmienia swój kolor na ametystowo-fioletowy po dolaniu kwasu solnego. (Odczyn bowiem czasem zawodzi, co zazwyczaj zależy od jakości aldehydu metylowego).

Wystąpienie smugi γ tłumaczy nam kolor ametystowo-fioletowy, występujący po dolaniu kwasu solnego, podczas gdy kolor roztworu kwaśnego jest stalowo-niebieskim, jeżeli przed zagotowaniem moczu żółtaczkowego, lub roztworu bilirubiny z formaldehydem zalkalizujemy go ługiem potasowym; wówczas bowiem w roztworze zakwaszonym stwierdzimy zazwyczaj tylko smugi, znamienne dla bilicyaniny (α i β). (Barwik ten stalowo-niebieski, jak wogóle bilicyanina w roztworze kwaśnym, z łatwością przechodzi do alkoholu amylowego).

(Co do widma bilicyaniny alkalicznej, to zauważyłem utleniając roztwór alkoholowo-chloroformowy bilirubiny zapomocą kwasu azotowego z domieszką dymiącego, że występuje ono po dolaniu ługu potasowego w wzgl. późnym okresie odczynu t. j. dopiero wówczas, gdy płyn przybierze już odcień fioletowy, a więc w okresie poprzedzającym tuż wytworzenie choleteliny, podczas gdy okresy poprzedzające nie okazują jeszcze widma bilicyaniny alkalicznej, tylko słabą smugę absorpcyjną koło linii Frauenhoferowskiej D. Dodając do roztworu, okazującego już widmo zielonej bilicyaniny nieco formaldehydu, zauważymy, że smugi występują wyraźniej a kolor płynu staje się czysto zielonym; w okresach zaś poprzedzających smugi bilicyaniny alkalicznej, pierwej nie widoczne, po dolaniu formaliny i ogrzaniu występują dopiero teraz, podczas gdy kolor zmienia się równocześnie na czysto zielony).

Odpowiedzieć należy jeszcze na pytanie, czy odczyn, opisany przez prof. Gluzińskiego, jest wyłącznie właściwym dla formaldehydu. Odpowiedź wypadnie przecząco; jeżeli bowiem dodamy do roztworu bilirubiny lub moczu żółtaczkowego, zalkalizowanego ługiem potasowym, nieco na zimno nasyconego roztworu chlorku cynku, zauważymy najpierw zmianę koloru z jasno-żółtego na wysycony pomarańczowo-żółty, który po ogrzaniu zmienia się na czysty, szmaragdowo-zielony kolor; jeżeli teraz dolejemy kwasu solnego, to znów zauważymy zmianę koloru na ametystowo-fioletowy. Odczyn

przebiega więc w ten sam zupełnie sposób, jak odczyn, opisany przez prof. Głuzińskiego i polega na tej samej sprawie chemicznej, gdyż płyn zielony badany przyrządem spektralnym okazuje widmo zielonej bilicyaniny, które za dolaniem kwasu solnego, przechodzi w widmo bilicyaniny kwaśnej. Odczyn więc formaldehydowy traci cechę wyłączności. (Zauważyć tu muszę, że odczyn z chlorkiem cynku czasem zawodzi, zwłaszcza, jeżeli posługujemy się moczem żółtaczkowym lub roztworem żółci, t. j. płyn pomarańczowo-żółty nie zmienia swego koloru na zielony, lub już zmieniwszy, po dalszem ogrzaniu znów przybiera zabarwienie żółte; w takich razach zazwyczaj silniejsze rozcieńczenie roztworu ułatwia odczyn. Powodem tego zjawiska jest mojem zdaniem słaba własność odtleniająca moczu, którą przez silniejsze rozcieńczenie osłabiamy do tego stopnia, iż już w odczynie nie przeszkadza).

Odczyny bilicyaninowe, t. j. polegające na przemianie bilirubiny na bilicyaninę, nie wyłączając reakcyi formaldehydowej, czasem zawodzą, zwłaszcza, jeżeli posługujemy się nie czystymi roztworami bilirubiny, ale cieczami, zawierającemi obok bilirubiny inne składniki, jak moczem lub roztworami żółci. Prócz tego i czułość próby formaldehydowej w cieczach, zawierających inne jeszcze barwiki (np. urobilinę lub barwiki moczowe) nie jest wystarczająca; zabarwienie bowiem ametystowo-fioletowe, powstające za dolaniem kwasu solnego, posiada za małą siłę barwiącą wobec innych barwików w moczu obecnych; (najczęściej płyn zielonawy stawał się za dolaniem kwasu solnego tylko ciemniejszym, jakby dymnym). Najwyraźniej jeszcze występował odczyn w moczach o nizkim ciężarze gatunkowym, w których barwik żółciowy przeważał nad innymi barwikami, znajdującymi się w bardzo małej ilości; mocze te stanowiły więc prawie czysty roztwór bilirubiny. Natomiast wobec śladów lub nawet małych ilości bilirubiny, dających się wykryć zapomocą sposobów, o których poniżej wspomnę, próba formaldehydowa zawodziła. Z tych to powodów próba formaldehydowa choć teoretycznie zajmująca, nie może być zalecona do użytku praktycznego w celu wykrycia bilirubiny w moczu. Doszliśmy zaś do wniosku, iż próba formaldehydowa polega na wytworzeniu się bilicyaniny, na dowód czego przytoczyliśmy nietylko znamienne widmo, ale i zachowanie się barwika wobec odczynników, mianowicie tę okoliczność, iż przechodzi pod wpływem kwasu solnego w odmianę ametystowo-fioletową, posiadającą znów znamienne widmo bilicyaniny w roztworze kwaśnym, jakoteż zachowanie się wobec alkoholu amylowego, do którego w roztworze kwaśnym z łatwością przechodzi itd.

Próby opisane stosuje się do wykrycia bilirubiny w samym moczu; dalsze próby polegają na wydzieleniu bilirubiny z moczu (zazwyczaj przez strącenie jej jako nierozpuszczalnej soli metalicznej). Ze sposobów służących do tego celu wymienię metody Stockvisa i Hupperta.

Metoda Stockvisa polega na strąceniu bilirubiny chlorkiem cynku lub (według Binnendijka) octanem cynkowym w 20% roztworze; osad po stępieniu oddziaływania silnie kwaśnego zapomocą węglanu sodowego zebrany na sączku, rozpuszcza się w zgęszczonym amoniaku, przyczem bilirubina przechodzi w bilicyaninę alkaliczną, którą można wykazać zapomocą znamiennego widma. Octan cynkowy jednak strąca w moczach, zawierających większą ilość urobiliny, pewną jej część, która rozpuszcza się następnie wraz z bilirubiną w amoniaku. Sposób ten zresztą w porównaniu z następnym o wiele mniej jest czuły. Zauważyłem jednak, że nadaje się on doskonale do wykrycia urobiliny, nie ustępując pod względem czułości nawet przyrządowi spektralnemu, gdyż w razie obecności nawet bardzo małej ilości urobiliny występuje w przesączu pierwszym, po strąceniu zapomocą octanu cynkowego i odsączeniu otrzymanego osadu, bardzo wyraźna i piękna zielona fluorescencya. Zauważyłem, że nawet tam, gdzie zapomocą pierwotnego sposobu Jaffégo otrzymuje się wynik ujemny lub niepewny, zapomocą tego sposobu otrzymuje się jeszcze wyraźną zieloną fluorescencyą, znamienną dla urobiliny i to nawet w przesączach, w których spektroskop wykazuje zaledwie widoczną słabą smugę między b a F. Co do wykrycia bilirubiny jednak, sposób ten nie dorównywa sposobowi Hupperta, który słusznie może być uważany za najlepszą próbę, służącą do wykrycia bilirubiny w moczu. Co do próby Stockvisa zresztą, to możnaby ją z korzyścią jeszcze w ten sposób zmienić, iż polewa się osad, zebrany na sączku, po strąceniu octanem cynkowym, małą ilością ługu potasowego (ca 10%), w którym rozpuszcza się on z łatwością, tworząc roztwór pięknego koloru pomarańczowo-żółtego; roztwór ten można użyć do próby Gmelina, najlepiej w odmianie Ultzmanna, lub można roztwór ten w ługu potasowym zmięszać z $\frac{1}{3}$—$\frac{1}{2}$ obj. formaldehydu i ogrzać do wrzenia. Tworzy się wówczas białawy strąt, a płyn ponad nim przyjmuje piękny, zielony kolor (badając go spektroskopem stwierdzić możemy obecność smug cholecyaniny w roztworze alkalicznym), który zmienia się na kolor ametystowo-fioletowy po dolaniu kilku kropel kwasu solnego (okazując teraz dwie smugi bilicyaniny w roztworze kwaśnym, obok smugi γ).

Najlepszym bezsprzecznie sposobem do wykrycia bilirubiny w moczu jest, jak już wspomniałem, metoda Hupperta, polegająca na własności soli barowych, lub wapniowych strącania bilirubiny z jej roztworu, jako nierozpuszczalnego połączenia bilirubiny z wapnem lub barem. Do moczu, zalkalizowanego węglanem sodowym lub amonowym, dodaje się roztwór chlorku wapna lub baru, lub odrazu strąca się bilirubinę mlekiem wapiennem lub wodnikiem baru; osad, koloru jasno-żółtego w razie obecności bilirubiny, zbiera się na sączku, następnie spłukuje się jeszcze wilgotny do probówki, dolewa alkoholu, zakwaszonego kwasem siarkowym i gotuje. W razie obecności bilirubiny przechodzi ona jako biliwerdyna do roztworu alkoholowego, który zabarwia się na kolor szmaragdowo-zielony. Osad otrzymany w ten sposób jest w razie nieobecności bilirubiny najczęściej bezbarwnym. Jeżeli jednak w moczu wobec bardzo małej ilości bilirubiny znajduje się większa ilość urobiliny, to ta ostatnia może również częściowo się strącić, przyczem zabarwia ona osad na kolor mniej lub więcej cielisty, aż do brunatnawo-żółtawego, a wówczas może żółtawe zabarwienie, nadane osadowi przez obecność bardzo małej ilości bilirubiny nie wystąpić dość wyraźnie; dołącza się do tego jeszcze i ta okoliczność, iż urobilina rozpuszcza się również w alkoholu, zakwaszonym kwasem siarkowym, do którego przejść mogą jeszcze i inne barwiki (np. hematoporfiryna), tak że wśród takich warunków obecność nieznacznej ilości bilirubiny mogłaby być zupełnie pominiętą.

Chcąc więc ominąć trudność, wynikającą z obecności

większej ilości innych barwików (a w szczególności urobiliny) w moczu, postąpiłem w następujący sposób (który, jak sądzę, stanowi uproszczenie i ulepszenie sposobu Hupperta). Naprowadziło mnie na ten pomysł spostrzeżenie, iż osad powstały przy sposobie Hupperta, jednak tylko wówczas, jeżeli do strącenia bilirubiny użyto mięszaniny barytowej, rozłożony na sączku zapomocą stężonego kwasu solnego, daje następnie odczyn Gmelina w sposób nierównie wyraźniejszy i silniejszy, niż bez użycia kwasu solnego; kolory, charakterystyczne dla odczynu Gmelina występują tak świeżo i wyraźnie, iż poznać je można jeszcze tam, gdzie bez zastósowania tej metody wynik byłby ujemny lub przynajmniej niepewny.

W celu strącenia bilirubiny dodaję do moczu $^1/_3$—$^1/_2$ obj. rozczynu barytowego (sporządzonego z $^2/_3$ części na zimno nasyconego roztworu wodnika baru i $^1/_3$ części nasyconego roztworu chlorku baru). Osad otrzymany zbiera się na sączku; (przemywanie osadu jest zbyteczne). Teraz wyjmuje się sączek wraz z osadem ostrożnie z lejka, rozkłada go się na papierze do sączenia, aby nadmiar wilgoci oddalić, a następnie dzieli na dwie połowy; jedną z nich kładzie się na kawałku bibuły do sączenia i umieszcza na płycie szklannej. Nachylając płytkę nad miseczką polewa się teraz ostrożnie osad, kropla za kroplą, i to dość prędko, zgęszczonym kwasem solnym; (nie potrzeba się obawiać, aby osad, który przylega silnie do sączka, mógł przy ostrożnem zraszaniu spłynąć). Jeżeli osad, w razie obecności bilirubiny, okazywał zabarwienie jasno-żółte, zmieni on je teraz, pod wpływem kwasu solnego na brązowe (brunatno-czerwone). (Ta zmiana koloru występuje w przeciągu kilku sekund i tak długo tylko trwać powinno polewanie osadu kwasem solnym). Jeżeli teraz dotkniemy się osadu, w ten sposób przygotowanego, laseczką szklanną, zanurzoną w kwasie azotowym lekko żółtawym (przez domieszkę kwasu azotowego dymiącego) i to najlepiej na brzegu sączka, gdzie warstwa osadu nie jest zbyt grubą, to wystąpią pierścienie barwne Gmelina wyraźniej i piękniej, niż przy zastósowaniu jakiegokolwiek innego sposobu.

(Dokończenie nastąpi).

III. **Z oddziału ocznego Radcy zdrowia Prym. Dr. E. Macheka we Lwowie.**

O zastósowaniu wasogenów jodowych w okulistyce i ich przenikaniu przez skórę,

podał

Dr. Adam Szulisławski.

(Dokończenie. Patrz Nr. 36).

Dla uzyskania zupełnej pewności, że w naszych przypadkach wessanie rzeczywiście przez skórę następowało, trzeba było wykluczyć możliwość dostawania się jodu do ustroju przedewszystkiem na drodze przewodu pokarmowego, dokąd chorzy, którzy sami wcierali, mogli go wprowadzać zapomocą zanieczyszczonych rąk, a nadto zwrócić także uwagę na możliwość dostawania się jodu przez wdechanie, o czem tem bardziej należało myśleć, że zwłaszcza przy wcieraniach wasogenu jodoformowego, unosi się w sali właściwa i ostra woń. Badania jednak moczu najbliższych sąsiadów (wcierających), nie potwierdziły tego ostatniego przypuszczenia, dawały bowiem zawsze wynik zupełnie ujemny. Co się tyczy pierwszego, to celem wykluczenia przewodu pokarmowego, jako możliwej drogi dostawania się jodu przy wcieraniach, zastosowano w dwu przypadkach następujące ostrożności. (Tabl. I. 4. Tabl. II. 7). Wcieranie było robione przez drugą osobę, zapomocą doskonale wygładzonego szkła, na łydki i uda, a następnie pokryto te miejsca na 24 godzin szczelnie przylegającym opatrunkiem krochmalnym. Badanie moczu na jod dało w obydwu tych przypadkach wynik dodatni, chociaż odczyn był niewątpliwie słabszy, a więc i ilość wessanego jodu mniejsza. Łatwo jednak znaleźć wytłómaczenie tego zjawiska, jeśli się zważy, że ubytek (wprawdzie stosunkowo niewielkiej) powierzchni skóry na dłoniach, nie mógł pozostać bez wpływu na ilość wessanego jodu, gdyż właśnie tu t. j. na dłoniach, dzięki miejscowej właściwości przyskórka (brak tłuszczu) przenikanie odbywać się musi najenergiczniej, a w każdym razie z większą łatwością, niż gdzieindziej. Z tem też w związku pozostaje ta okoliczność, że przy tej samej ilości zużytego materyału potrzeba było, wcierając szkłem, zużyć dwa razy więcej czasu, niż przy wcieraniu własnemi rękami.

Dopiero po wykluczeniu tych dwu możliwości, na co wymienieni autorowie żadnej nie zwracają uwagi, uzyskał dodatni wynik badania moczu na jod prawo do miana rzeczywistego dowodu, że zarówno wasogen jodoformowy, jak jodowy posiadają zdolność przenikania zdrowej skóry.

Jeden rzut oka na nasze tablice i powierzchowne ich ze sobą zestawienie wystarczy, aby stwierdzić ten uderzający i zadziwiający fakt, że wasogen jodoformowy bez porównania łatwiej, dokładniej i w większych ilościach ulega wessaniu ze skóry, niż wasogen jodowy. A musimy przypomnieć, że 5 grm. 6% wasogenu jodowego zawiera 0,30 czystego jodu, podczas gdy w 10 grm. 3% wasogenu jodoformowego mieści się 0,29 czystego jodu. W dwu przypadkach (Tabl. II. 5. i 6.) usiłowałem przez dodanie acetonu, ługu sodowego i wyskoku, zamienić jod w wasogenie jodowym zawarty, jeszcze przed wtarciem, na jodoform, jednak bez spodziewanego skutku, gdyż wynik badania moczu był tylko taki, jaki zwykle bywa przy wasogenie jodowym. Chcąc podać wytłómaczenie tego szczególnego zachowania się skóry względem wasogenu jodowego i jodoformowego, musiałbym gubić się w przypuszczeniach, co zresztą wykracza poza ramy niniejszej pracy [1]).

Jeśli się zważy to, cośmy wyżej przytoczyli, muszą się wydać wyniki, które podaje Dr. Monheim, tembardziej zdumiewającymi, że używał on wasogenu jodowego, który jak już wiadomo trudniej przenika skórę i dlatego w bardzo tylko małych ilościach dostaje się do moczu. Zdaje się jednak, że przyczyna leży w próbie, jakiej używał Dr Monheim do wykazania jodu. Ponieważ przeprowadzał on swoje badania wprost w surowym moczu, jest więcej niż prawdopodobne, że powstający po dolaniu zgęszczonego kwasu siarkowego odczyn urochromu wziął za odczyn

---

[1]) Dr. Moraczewski, którego wskazówki ułatwiły mi wykonanie chemicznej strony moich doświadczeń, twierdzi, że przyczyny tego zjawiska szukać należy między innymi w rozmaitym ciężarze drobinowym jodu (759.24) i jodoformu (392.59). Zdaje się mieć wiele prawdopodobieństwa za sobą przypuszczenie, że jodoform jako lżejszy pod względem ciężaru drobinowego, jest zarazem lotniejszym i łatwiej wessalnym.

jodu, co tembardziej jest możliwe, że rubinowo-czerwona barwa urochromu na niebieskiem tle (n. p. nieba), przybiera w próbówce odcień wyraźnie fioletowy.

Natomiast wyniki otrzymane przez Dra Dahmena (w przesączu ze spalonego i stopionego moczu), są zupełnie bez zarzutu. On też pierwszy, o ile to z dostępnej mi literatury stwierdzić mogę, wykazał jod w moczu po wcieraniach wasogenu jodoformowego.

Pominąwszy indywidualne różnice w przepuszczalności skóry u rozmaitych osobników, można stwierdzić, że wessanie jodu ze skóry odbywa się dość wolno, gdyż wydalenie jodu z moczem da się wykazać dopiero w 3—4 godzin po wtarciu. Osięga ono w 9—12-tu godzinach najwyższą swoją wartość i następnie zwolna opada; trwa jednak bardzo długo (w każdym razie znacznie dłużej, niż to Dr. Monheim podaje), jeszcze bowiem po 24 godzinach znajdujemy w moczu dostrzegalne ślady jodu — po wasogenie jodowym, a wyraźny odczyn — po wasogenie jodoformowym. I zdaje mi się, że w tem właśnie leży odrębna właściwość tego sposobu stosowania jodu, na którą należałoby szczególniejszą zwrócić uwagę, gdyż w ten sposób zdołamy wprowadzić do ustroju wprawdzie tylko małe ilości jodu, które jednak z trudnością przezeń się przeciskają, stosunkowo długo w nim przebywają, coby ostatecznie nie powinno pozostać bez wpływu na ich farmakodynamiczną wartość. W moczu oddanym po 28 do 30 godzinach nie zdołaliśmy naszemi próbami wykazać jodu.

Na pytanie, jaka jest właściwie lecznicza wartość tego nowego środka, trudnoby było na razie pewną dać odpowiedź, a to tem bardziej, że używaliśmy prawie we wszystkich naszych przypadkach, oprócz wasogenów jodowych, także i innych środków leczniczych (j. t. wcierań szaruchy, wstrzykiwań sublimatu pod spojówkę i t. p.) Pod tym względem mogłaby dać jakieś pewniejsze wskazówki tylko systematycznie przeprowadzona, ścisła statystyka. W każdym jednak razie tyle mogę powiedzieć, że przynajmniej w niektórych przypadkach odnosiłem takie wrażenie, jakby właśnie wcierania wasogenów jodowych nie pozostawały bez wpływu na korzystny wynik leczenia.

Niechaj mi wolno będzie przytoczyć kilka takich przypadków.

I. Jan Niemiec 36 l. przyjęty 8/2 b. r. *Haemorrhagia in corp. vitr. oc. sin. Cataracta compl. Amaurosis oc. d.* Wl = palce przed okiem. 20 wcierań szaruchy po 3 grm. n. d. Wl = palce na 2 m. Dno oka jeszcze niedostrzegalne. Wcierania wasogenu jodowego po 2 grm. n. d, 1 raz 3 grm. tak, że w ogóle zużył 43 grm. Badanie moczu na jod 3 razy z wynikiem ujemnym (należy do pierwszej seryi), mimo to Wl = palce na 5 m. Dno prześwieca. Chory sam jest głęboko o tem przekonany, że właśnie wcierania wasogenu jodowego sprowadziły poprawę i usilnie się o nie dopomina. Opuszcza zakład d. 7/4 z 50 grm. wasogenu jodowego. Po użyciu tegoż, jod wewnętrznie. Dnia 25/5 Wl = $^6/_{36}$ Mp. 3 D. Sn. 0,6 pojedyncze słowa. Męty w ciałku szklanem. Dno widzialne. Następnie miałem sposobność badać chorego 6/6 znowu po 11 wcieraniach wasogenu jodowego po 2 grm. n. d. Wl = $^6/_{24}$ Mp. 3 D. Sn. 0,5 pojedyncze słowa.

II. Dec Edward, 28 l. przyjęty 23/2 b. r. *Irido-keratitis specif. oc. sin. Synechia post. fere annularis o. d.* Po 25 wcieraniach szaruchy, atropinie i t. d. znaczne polepszenie. Źrenica szeroka, wolna. Istnieje jednak jeszcze dość silne nastrzykanie rzęskowe, rozsiane głębokie nacieki w rogówce i liczne precipitaty. Wasogen jodowy po 2 grm. — 32 wcierań, 1 raz 5 grm. i raz wasogen jodoformowy 10 grm. Oko w tym czasie uspokaja się zupełnie, nacieki rogówki znikają, również precipitaty, oprócz kilku ledwie dostrzegalnych, tak, że chory mógł opuścić oddział 20/5. W dniu 10/5 wykonano wycięcie kawałka tęczówki (iridektomię) na drugiem t. j. prawem oku.

III. Pani C. J. (pacyentka prywatna) l. 36. Zgłasza się 23/2 br. z powodu, że od kilku dni niepokoi ją plamka w środku pola widzenia lewego oka. (*Scotoma posit.*) Wziernik wykazuje *Retino chorioiditis paracentralis oc. sin.* Mimo to Wl = $^6/_8$ — $^6/_6$ Mp. 3 D. Sn. 0,5 ale niewygodnie. W moczu niema nieprawidłowych składników. Chora mieszka na wsi, nie chce i nie może pozostać — polecono przeto do domu, obok ogólnych przepisów dyetetycznych, kąpieli itd. jod. lecz z powodu przypadłości żołądkowych nie wewnętrznie, ale jako wasogen jodowy, do wcierań po 2 grm. n. d. Dnia 14/3 przedstawia się chora powtórnie, z podaniem, że plamka przed lewem okiem wprawdzie nieco wyjaśniała, ale wcierań dalej robić nie może, z powodu ogromnego swędzenia, wogóle silnych objawów zadrażnienia skóry. Badanie wykazuje ostry wyprysk, zwłaszcza na kończynach. W pr. = $^6/_6$ Mp. 3 D. Sn. 0.5 wziernikiem zaś stwierdzić można, że naciek usadowiony w naczyniówce i przyległych warstwach siatkówki zbladł, stał się z różowego więcej szarym, jakby zatartym. Chcąc nie chcąc musiałem przepisać jod wewnętrznie. Po 2 łyżkach jednak wystąpiły objawy żołądkowe z takiem nasileniem, że dalsze zażywanie stało się niepodobieństwem. Kiedy 16/4 po raz trzeci chorą badałem, można było stwierdzić w miejscu pierwotnego nacieku drobną, ledwie dostrzegalną, szarawą plamkę, której chora w polu widzenia zupełnie już nie odczuwała.

Przypadek ten zasługuje nietylko dlatego na szczególniejszą uwagę, że tu oprócz wasogenu jodowego, żadnych innych środków aptecznych nie stosowano, lecz także z powodu powstania wyprysku ostrego. Na oddziale wcierali chorzy nasi bardzo energicznie i bardzo dużo, nigdy jednak nie zauważyłem najlżejszego nawet śladu zadrażnienia skóry. Natomiast w praktyce prywatnej poleciłem tylko w dwóch przypadkach wasogen jodowy (drugi raz u pani M. A. 37 l. *Myopia excessiva, opacitates corp. vitr. oc. utr.*) i w obydwu wywołałem nim wyprysk ostry. Pokazuje się tedy, że zapewnień, jakoby wasogeny jodowe bezwarunkowo nie działały drażniąco na skórę, nie należy, o ile to dotyczy stosowania ich w praktyce prywatnej, brać zupełnie dosłownie, a w każdym razie trzeba zalecić troskliwe i częste zmywanie ciała mydłem.

Nie bez znaczenia będzie zapewne podnieść i tę zaletę wasogenów jodowych, że po dokładnem wtarciu, nie pozostawiają one na skórze żadnego zabarwienia. Pod tym względem zgadzają się moje doświadczenia zupełnie z wynikami innych autorów. Jeżeli atoli Leistikow i Monheim przytaczają to jako dowód, że wasogeny jodowe „nader szybko ulegają wessaniu", to ja muszę zwrócić uwagę na moje tablice, a powtóre zaznaczyć, że silna i właściwa woń unosząca się w sali podczas wcierań zwłaszcza wasogenu jodoformowego zdawałaby się wskazywać, że nanależy tu liczyć się z innym jeszcze czynnikiem, a mianowicie z szybkiem ulatnianiem się wasogenów.

Samo przez się nasuwa się teraz pytanie, ile też właściwie jodu dostaje się przez wcieranie do ustroju wzgl. ile wydziela się z moczem? Usiłowałem zbadać to zagadnienie. Za daleko jednak musiałaby nas zaprowadzić chęć choćby tylko pobieżnego skreślenia licznych, niestety niepomyślnych prób ilościowego oznaczenia jodu w moczu po wcieraniach i wyliczenie przyczyn. Właściwem by to było tylko w zawodowem chemicznem piśmie. W przybliżeniu atoli (co dla naszych celów wystarczy) da się ta ilość obliczyć przez porównanie siły odczynu jodu w moczu po wcieraniach, z odczynem jaki daje 0,00077% roztwór jodu (0,001% roztwór jodku potasu). Pewną jest rzeczą, że odczyn po wasogenie jodoformowym jest silniejszym, po waso-

genie jodowym zaś, słabszym od niego. Gdybyśmy za ilość oddanego w ciągu doby moczu przyjęli 1000 Ccm., to wówczas ilość jodu wydalonego z moczem wynosiłaby po wtarciu 10 grm. 3% wasogenu jodoformowego więcej, niż 0,0077, po wtarciu zaś 5 grm. 6% wasogenu jodowego mniej, niż 0,0077. (Do spalenia używano w drugiej seryi stale 100 Ccm moczu).

Dla zaokrąglenia obrazu chciałbym jeszcze pokrótce wspomnieć o doświadczeniach, jakie poczyniłem ze stosowaniem wasogenów jodowych wprost do worka spojówkowego. Przekonawszy się poprzednio na ślepych oczach, że nie sprawię przez to żadnej poważniejszej szkody, zacząłem je stosować w wielu i różnorodnych przypadkach. Nie chciałbym nużyć wyliczaniem wszystkich; wystarczy, zdaje mi się, przytoczyć wyniki.

1) Natychmiast po wkropleniu występuje bardzo silne pieczenie, które utrzymuje się przez blisko ½ godziny a czasem i dłużej, nadto zazwyczaj pojawia się silne zaczerwienienie, łzawienie i światłowstręt.

2) Po 24 godzinach nie można w przeważnej liczbie przypadków dostrzedz żadnego zadrażnienia. W niektórych jednak razach utrzymuje się ono jeszcze do dnia następnego, ba nawet w jednym przypadku (podostra jaglica z bardzo obfitą i uporczywą wydzieliną) trwały do następnego dnia tak znaczne bóle, że chory skrył się przed wizytą, aby tylko ujść powtórnego zakroplenia.

3) Wydzielina z reguły powiększa się po zakropleniu, niekiedy bardzo znacznie, tak że po kilku dniach (2—3) trzeba było koniecznie przerwać zakraplanie. Atoli w jednym przypadku zupełnego zniszczenia przedniego odcinka gałki po ranie postrzałowej, gdzie oko w każdym razie było stracone, a rana zanieczyszczona, o dnie strzępiastem i naciekłem ropą, postanowiłem wytrwać. W pierwszych 5 dniach wkraplania wasogenu jodoformowego wydzielina stale się zwiększała; od 6-go dnia zaczęła się zmniejszać, a 13-go prawie zupełnie ustąpiła. Przez ten czas oczyściła się powierzchnia rany i rozpoczęło się prawidłowe gojenie i zabliźnianie.

Jeśli zbierzemy krótko to, cośmy wyżej powiedzieli, przyjdziemy do następujących wniosków:

1) Zarówno wasogen jodoformowy, jak jodowy, ulegają wessaniu przez nienaruszoną skórę.

2) Wasogen jodoformowy przenika skórę łatwiej i w większych ilościach od wasogenu jodowego.

3) Aczkolwiek w ten sposób tylko bardzo małe ilości jodu mogą być wprowadzone do ustroju, to jednak ze względu na to, że długo w nim przebywają, a tylko bardzo powoli bywają wydalane, wydaje się stosowanie wcierań wasogenów jodowych teoretycznie usprawiedliwionem i zasługującem na prawo obywatelstwa w naszem lecznictwie.

4) Dotychczasowe doświadczenia, jakie poczyniono z wkraplaniem tych przetworów do worka spojówkowego, nie zachęcają do dalszych prób.

Całą chemiczną część niniejszej pracy wykonałem w chemicznej pracowni tutejszej kliniki lekarskiej Prof. Dra A. Gluzińskiego, któremu za łaskawe przyjęcie mnie do pracowni, jakoteż asystentowi klinicznemu Dr. Marischlerowi za koleżeńską pomoc, składam na tem miejscu szczere podziękowanie.

We Lwowie w lipcu 1898.

IV. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

Nephritis acuta vaccinosa.

Podał
Dr. Pilzer w Tarnowie.

Piśmiennictwo, odnoszące się do patologii szczepienia ospy, jest dość szczupłe prawdopodobnie z powodu rzadkości tak groźnych zaburzeń w przebiegu szczepienia, iżby zasługiwały na baczniejszą uwagę lekarzy. Spotyka się jednak wzmianki o objawach poważniejszych, nawet życiu zagrażających, które jedynie i wyłącznie przypisać należy szczepieniu; tutaj należy przypadek, który opisać zamierzam. Choroby, występujące w przebiegu szczepienia ospy, są zwykle natury łagodnej i rzadko sprowadzają zejście śmiertelne. Vogt obliczył, że w Niemczech zaszczepiono w czasie od roku 1885 do 1893 nie mniej jak 22 milionów dzieci, z których umarło wskutek powikłań po szczepieniu 88, czyli 4 na milion. Zważywszy jednak, że szczepienie ospy jest czynnością zapobiegawczą, której doniosłości nikt dziś nie może poważnie zaprzeczyć, należy cyfrę śmiertelności po szczepieniu, oraz jego powikłania, uważać za złe konieczne; przez dokładne zaś poznanie tych powikłań dążyć należy do dalszego obniżenia ich liczby.

Przejdźmy pokrótce wszystkie powikłania, które w przebiegu szczepienia występują: Na pierwszem miejscu wspomnieć należy o zołzach, krzywicy, gruźlicy płuc i kiłe, chorobach, które przed niedawnym jeszcze czasem, przez niektórych autorów wprowadzane w związek ze szczepieniem, służyły za broń przeciwnikom szczepienia. Ściślejsze badania wykazały jednak dowodnie, że mamy tu do czynienia nie ze skutkami szczepienia, lecz z takiemi chorobami, któreby i bez szczepienia wystąpiły. Przyznać jednak należy, że szczepienie samo, jako sprawa gorączkowa, może dać powód do wybuchu tych niejako uśpionych chorób. Do mniej ważnych następstw szczepienia należy rumień wielopostaciowy *(erythema exsudativum multiforme)*, opisany przez Martineau, Dumanta, Pelliera, Epsteina i in., trwający 6—8 dni i nie pozostawiający żadnych szkodliwych skutków. Do takich chorób o łagodnym przebiegu należy też wyprysk, liszaj, liszajec, łuszczyca, pokrzywka i pęcherzyca, choroby skórne, które wprost odnieść należy do samego zabiegu, które jednak, od czasu wprowadzenia krowianki, nie mają już cech spraw nagminnych. Na szczęście rzadkiem obecnie powikłaniem szczepienia jest róża. Nie dawniej, jak przed 30 laty, była róża szczepienna chorobą bardzo częstą. I tak zachorowało w latach 1854—1863 na różę w wiedeńskim domu podrzutków 192 dzieci, a w 164 przypadkach punktem wyjścia róży było miejsce szczepienia. Do częstych powikłań szczepienia należy natomiast wedle Bohna obrzęk i ropne zapalenie gruczołów chłonnych; autor ten oblicza częstość tej choroby na 5%. Jeszcze rzadsze są przypadki ropnicy i posocznicy. Jehn i Merzig spostrzegali kilka przypadków ogólnej żółtaczki, Lindeman — jeden przypadek zapalenia szpiku kostnego, a Perl i Müller — ostre zapalenie nerek, które wystąpiło w piątym dniu po szczepieniu. To ostatnie powikłanie spostrzegałem właśnie w swoim przypadku.

Dziecko 7 miesięczne, płci żeńskiej, dobrze zbudowane i odżywione, karmione piersią, ma dwa ząbki i nie okazuje żadnych śladów jakiejkolwiek choroby. Dnia 2 maja zaszczepiłem mu na ramieniu lewem krowiankę, sprowadzoną z zakładu Prof. Barańskiego, którą równocześnie szczepiłem kilkadziesiąt innych dzieci bez żadnego powikłania. Dnia 7 maja, t. j. w 5 dniu, podniosła się ciepłota ciała do 39·0, tętno do 130. Miejscowo dobrze się rozwijające chrosty bez znaczniejszego odczynu do około. Stan ogólny bez zmian. Dnia 8 maja ciepłota ciała 38·0, tętno 118. Dziecko blade, dolne powieki obu ócz oraz stopki obrzękłe. Znaczne pragnienie, zaparcie stolca. Moczenie wedle podania matki utrudnione, połączone z bólami. Moczu wówczas badać nie mogłem z powodu trudności otrzymania go, a gdy wypuszczeniu moczu cewnikiem oparła się rodzina dziecka, zaleciłem, obok pokarmu, bańki na krzyże, *chinin. tannic.* i wodę Bilińską wewnętrznie.

Dopiero 12 maja udało mi się schwycić do szklanki nieco moczu do badania. Był on mocno wysycony, mętny i zawierał znaczną ilość białka, a pod drobnowidem w osadzie wałeczki szkliste. Wobec tego rozpoznanie ostrego zapalenia nerek nie ulegało wątpliwości, a dalszy przebieg w zupełności je potwierdził. Pomimo leczenia i pomimo, że ślady szczepienia zupełnie prawidłowo się goiły, białko utrzymywało się do 10 czerwca, poczem dopiero białko i inne objawy zapalenia nerek poczęły ustępować.

Ponieważ dziecko to znajdowało się w jaknajlepszych stosunkach higienicznych i nie wykazano żadnej innej przyczyny zapalenia nerek, jak przeziębienie, zakażenie itp., przeto można powikłanie nerkowe uważać za powstałe niewątpliwie z powodu szczepienia. Tłumaczę sobie powstanie zapalenia nerek w ten sposób, że prawdopodobnie odrazu, wraz z krowianką, wszczepiano dziecku i pewne drobnoustroje, lub ich jady (mam tu na myśli drobnoustroje ropotwórcze), które wywołały zapalenie nerek. Za pomocniczy czynnik uważałbym w tym przypadku również i okres ząbkowania, w którym u dzieci bez wątpienia istnieje pewna mniejsza odporność na rozmaite choroby.

V. Wyciągi.

Löwit: **O zabójczych dla bakteryi substancyach, zawartych w ciałkach białych.** *(Ctblt. f. Bacter.*, 1898, XXIII, 24). Już dawniej powiodło się L. przez rozcieranie ciałek białych z proszkiem szklanym w wyjałowionym roztworze soli kuchennej oddzielić pewne substancye, opierające się działaniu gorąca, a zabójcze dla bakteryi. Ponieważ zarzucano Löwitowi, że działanie uzyskanych w ten sposób płynów polegało na ich zasadowości, powstałej wskutek rozpuszczenia się cząsteczek szkła, przeto obecnie zapomocą ponownych doświadczeń stwierdza L., że zasadowość ta nie jest przyczyną obumierania użytych do prób prątków tyfusowych, lecz, że w istocie działają tu jakieś istoty, wydzielone z komórek, a dające się strącić kwasem octowym i rozpuścić następnie w kw. solnym. Płyny, w których mało takich strątów powstaje, nie są dla bakteryi zabójcze. Otóż te w ten sposób strącające się substancye zdają się być pokrewne nukleinie i kwasowi nukleinowemu, są jednak czem innem, niż substancye zabójcze, wydzielone z krwi i ciałek białych przez Buchnera i Denysa. *Ciechanowski.*

Pilcz: **O pewnej prawidłowości w snach** *(Wien. klin. Rundschau*, 1898, 32). O ile zjawiska fizyczne, zachodzące w czasie snu, są dobrze znane i umiejętnie zbadane, o tyle psychiczna strona snów, marzeniami sennemi, zajmowano się bardzo mało, pozostawiając ją w całości czysto filozoficznym spekulacyom. A jednak, pomimo braku ścisłej, przedmiotowej metody badania, dałyby się niewątpliwie uzyskać dane nie do pogardzenia zapomocą badania samych siebie, które, zdaniem niektórych, jest w psychiatrycznych kołach niedoceniane.

Pilcz przeprowadzał badania na sobie samym, a następnie na szeregu zdrowych i chorych umysłowo. Oczywiście do badań tych nie nadawali się chorzy na ostre choroby umysłowe (pomięszanie ostre z omamami, szał opilczy i t. p.), ani też dotknięci otępieniem, bez względu na jego pochodzenie (porażenne, starcze i t. d.). Natomiast wyborne wyniki dało badanie chorych na pomięszanie ogólne (paranoïa), a wyniki te zasługują na uwagę ze względu na zgodność między sobą.

Swego czasu twierdził Nelson, że „wyrazistość“ marzeń sennych waha się okresowo, dochodząc mniej więcej co 4 tyg. najwyższego natężenia. Tego rodzaju okresowości P. stwierdzić nie zdołał; natomiast wykrył inny szczegół, dotyczący związku treści marzeń sennych z głębokością snu. Głębokość snu można badać różnymi sposobami, jak to pierwszy czynił Kohlschütter (1863), a w najnowszych czasach Michelson w pracowni Kraepelina (1897); można też ją do pewnego stopnia zmieniać środkami nasennymi, lub podniecającymi (herbata, kawa). Otóż przekonał się P., że w śnie najgłębszym marzeń nie ma wcale, lub też, że odnoszą się one wówczas do skojarzeń umysłowych, związanych z odległą przeszłością; przeciwnie w miarę, im sen jest lżejszy, wyłaniają się w świadomości sennej coraz świeższe gromady wrażeń. Zjawisko to stwierdzić można nawet w ciągu jednej nocy, odpowiednio do tego, że głębokość snu po zaśnięciu szybko wzrasta, a potem ku porankowi zwolna opada. Tłómaczyć by to można tem, że te komórki mózgowe, które na jawie najwięcej pracowały, popadają najłatwiej w wyczerpanie i stąd przewaga w pierwszym śnie pojęć, za dnia znajdujących się pod progiem świadomości. W miarę zaś, jak wyczerpane za dnia komórki po wypoczynku stają się znów zdolne do czynności, sen staje się lżejszy, a marzenia wkraczają coraz bliżej wyobrażeń, nabytych w czasach ostatnich. Prawidło to zdaje się istnieć i u przewlekle obłąkanych, którzy zresztą nie śnią nigdy o urojeniach i omamach, trapiących ich na jawie. *X.*

Prof. Rechter (Bruksela): **Przenikanie formaldehydu,** *(Annales de l'Institut Pasteur 1898, Nr. 7).* Większość badań, odnoszących się do własności odkażających formaldehydu, kończyła się dotychczas wnioskiem, że środek ten, doskonały do odwietrzania powierzchownego, nie przenika jednak w głąb odkażanych przedmiotów, że przeto zakres jego pożytków jest wcale ograniczony; posunięto się nawet do twierdzenia (Van Ermenghen, Tétrop), że nawet to powierzchowne działanie formaldehydu polega li tylko na powinowactwie chemicznem do odrażanych przedmiotów i że wnikanie jego w głąb tych przedmiotów nie dałoby się nawet pogodzić z prawami fizyki. W sprzeczności z temi twierdzeniami były tylko doświadczenia Trillata, który wykazał, że tkanki zwierzęce pochłaniają wszystek formaldehyd z powietrza, które go zawiera i że czerwono fuchsyną zabarwione walce żelatynowe przebarwiają pary formalinu na fioletowo aż do środka, co świadczy, że one tam istotnie się dostają. R. z góry już był przekonany, że pary formaldehydu nie mogą ulegać innym fizycznym prawom przenikania i pochłaniania, niż wszystkie gazy i pary. Umieszczając rozmaite substancye w naczyniach, wypełnionych gazami np. kwasem węglowym lub siarkowym, a opatrzonych manometrem, łatwo stwierdzić, jak szybko i doskonale gazy te bywają pochłaniane na mocy praw czysto fizycznych. Najdzielniej pochłaniały gazy: wełna i len, poczem następują: żelatyna, kauczuk, jedwab, bibuła, papier, drzewo, skóra, róg, łój. Gąbka i smoła działają wiele gorzej; wata odtłuszczona (złożona z samej prawie cellulozy), guma arabska, kalafonia, kreda nie pochłaniają wspomnianych gazów wcale. Powtarzając te doświadczenia z formaldehydem w stanie gazowym, stwierdził R. istotnie, że wszystkie substancye, które pochłaniają CO_2 i SO_2, i wszystkie tkanki zwierzęce pochłaniają go bardzo chciwie i obficie. Wprawdzie odgrywa tu niewątpliwie pewną rolę niekiedy łączenie się chemiczne formaldehydu z niektóremi substancyami białkowatemi, jednakże przeważne znaczenie ma sprawa fizyczna, bez czego nie możnaby zrozumieć pochłaniania formaldehydu przez substancye nieorganiczne. Na zasadzie tych danych przypuszczał R., że formaldehyd powinienby przeniknąć w głąb i odkazić całkowicie zwłoki ludzkie i zwierzęce, byleby poddać je działaniu formaldehydu dostatecznie długo w przestrzeni szczelnie zamkniętej. Przypuszczenia te sprawdziły się zupełnie. R. zbudował odpowiednią skrzynię, w której roczyn wodny 40% (kupny) formaliny paruje na jaknajwiększej powierzchni; zapomocą małego wiatraczka, poruszanego motorem, przyspiesza się i wzmacnia parowanie i rozdziela pary jednostajnie w całem wnętrzu skrzyni. (Dokładny opis przyrządu w „Presse médicale belge“ 1898, Nr. 15 i 16). W przyrządzie tym można zwłoki przechowywać bez końca; rozpoczynające się gnicie przerywa się, a jeżeli czas był dostatecznie długi, aby formaldehyd przeniknął tkanki na wskróś, wówczas zwłoki nawet po wyjęciu ze skrzyni, po-

zostawione na wolnem powietrzu nie psują się więcej; w suchej przestrzeni wysychają. Zwłoki kobiece np. pozostawione przez R. wśród par formaliny przez miesiąc, zachowały się w powietrzu potem niezmienione przez 4 miesiące (do chwili ogłoszenia pracy); przy sekcyi, wykonanej w 6 tygodni po śmierci, a w 2 tyg. po wyjęciu z przyrządu, znaleziono narządy wewnętrzne doskonale zachowane. Badania bakteryologiczne, podjęte na zwłokach zwierząt zakażonych wąglikiem, nosacizną i gruźlica, wykazały, że zwłoki te mogą być w przyrządzie zupełnie wyjałowione. Prątki gruźlicze nie ginęły w głębszych częściach zwłok świnek morskich po 2 i 4 dniach, ale ginęły po 6 dniach pobytu w przyrządzie. Zarodniki wąglika traciły żywotność w głębi zwłok świnek już po 4 dniach.

Przyrząd R. zasługuje na uwagę nie tylko dlatego, że zastępując z korzyścią kosztowne przyrządy zamrażające i inne środki przechowywania trupów może oddać doskonałe usługi w prosektoryach (litr formaliny 40% ma wystarczać na jedne zwłoki), w których dzięki względnie prostej swej budowie zasługiwałby na rozpowszechnienie, ale przedewszystkiem dlatego, że wykazując ostatecznie przenikanie formalinu w głąb rozmaitych przedmiotów, rozszerza zastósowanie jego do odkażania rzeczy, ulegających łatwo zniszczeniu przy dotychczasowych sposobach odwietrzania.

Doc. Ciechanowski.

Dr. Basch: **Powstawanie sernika w gruczołach mlecznych**. (*Jahrb. f. Kinderheilk. XLVII. 13, Z. I*). Uwzględniając teorye Kemmericha co do tworzenia się sernika z krwi, jakoteż Voita i Fürstenburga, co do powstawania sernika li tylko z komórek gruczołów mlecznych, a opierając się na pracach Thierfedera, który wykazał, że sernik powstaje przez zaczyn wydzielany z gruczołów mlecznych, nie będący w ścisłym związku z komórkami gruczołowemi, lecz przechodzący do mleka, a będący w możności, po dodaniu surowicy krwi tegoż osobnika do mleka, wytworzyć ciało o cechach zbliżonych do sernika, opierając się dalej na pracy Lubavina, że sernik jest białkanem nukleinowym (nucleoalbumin), — przyszedł autor do przekonania, iż ów przypuszczalny zaczyn gruczołów mlecznych, któremu sernik zawdzięczać ma swe powstanie, jest tożsamy z kwasem nukleinowym gruczołów mlecznych. Działaniem kwasu nukleinowego na białkan i globulin surowicy krwi otrzymuje się białkan nukleinowy, zawierający odpowiadającą sernikowi ilość fosforu; działaniem kwasu nukleinowego na białkan surowicy otrzymuje się istotę, zawierającą nieco większą ilość fosforu, a odpowiednią parakazeinie. Komórki gruczołów mlecznych, a względnie ich jądra, zawierające kwas nukleinowy są w stanie swym zasobem fosforu zaopatrzyć sernik w odpowiednią ilość fosforu i tworzą ten nukleinowy składnik kazeiny, a swoją zdolnością łączenia się z białkanem i globulinem surowicy tworzą połączenia chemiczne, będące dalszymi składnikami sernika. Obraz wytwarzania się sernika jest nader łatwo zrozumiały wobec tak szybkiej przemiany pierwiastków komórkowych gruczołów mlecznych, jakoteż wobec nader licznego i obfitego unaczynienia gruczołów i przepływu krwi, potrzebnego do wydzielniczych czynności tegoż narządu.

Dr. Bolesław Komorowski.

Prof. Forel: **Sądowolekarska ocena pijaństwa nałogowego**. (*Wr med. Presse*, 1898, Nr. 30). Dwóch nałogowych pijaków, P. i Z., wielokrotnie za kradzież i gwałt publiczny poprzednio karanych, napadło dyrektora zakładu dla obłąkanych, usiłując wymusić wsparcie. Z. jest synem nałogowego pijaka i przebywał w dzieciństwie drgawki; P. od 18 roku życia, po upadku z wysokości, cierpi na padaczkę. W sprawie obu napastników wydawał orzeczenie Hinterstoisser. Stwierdzając, że obaj oskarżeni są obciążeni dziedzicznie i zwyrodniali moralnie, uznał ich H. za przestępców „niepoprawnych". Padaczkę P. przypisuje H. zatruciu wyskokowemu. Ponieważ jednak P. i Z. nigdy właściwie nie byli umysłowo chorzy, przeto nie wahał się Hinterstoisser orzec, że obaj są za swój czyn odpowiedzialni. W ten sposób odróżnia H. pijaków obłąkanych, nieodpowiedzialnych za swe czynności i pijaków nałogowych, zdrowych na umyśle, poczytnych i odpowiedzialnych sądownie.

Orzeczenie Hinterstoissera poddaje Forel ostrej krytyce. Obu oskarżonych, z których jeden (P.) znajduje się nawet pod kuratelą, nie można, zdaniem F., uznawać za nieodpowiedzialnych, jeśli się stanowczo stwierdza, że są niepoprawnymi przestępcami. Niepoprawnego przestępcę uważa Forel za nieuleczalnie umysłowo chorego, a zatem niepoczytnego i nieodpowiedzialnego. Społecznego zagadnienia, jakie się tu nasuwa, nie można rozwiązać zamykaniem przestępców w rodzaju P. i Z. na pewien czas w więzieniu, aby po wyjściu z niego byli dalej dla ludzkości szkodliwi. Nie można też takich przestępców oddawać do domu obłąkanych, do których właściwie się nie nadają, a gdzieby na koszt społeczeństwa bez troski żyli. Konieczną i piekącą potrzebą jest natomiast stworzyć dożywotnie zamykanie takich osobników w odpowiednich zakładach „dla niepoprawnych przestępców", gdzieby byli zmuszeni do pracy i nie mogli używać wyskoku. Ten środek jednakże nie wystarcza sam przez się, ponieważ zło społeczne leży głębiej i konieczną rzeczą jest zwalczanie alkoholizmu, podjęte na szeroką skalę.

W ocenianiu przestępstw nałogowych pijaków nie można posługiwać się jedną miarą. Niepoprawni przestępcy, oddani pijaństwu, w rodzaju P. i Z., wymagają innej oceny, niż nałogowi pijacy, których można uleczyć z nałogu w odpowiednich zakładach. Właściwe zdanie w tej sprawie wydaćby można dopiero na podstawie dokładnych badań w każdym przypadku, na podstawie obserwacyi w zamkniętym zakładzie, pozbawiwszy pijaka używania trunków.

Co do padaczki oskarżonego P. przypomina F. własne spostrzeżenie, w którem urazowa padaczka częściowa utrzymywała się wskutek alkoholizmu. Po odjęciu alkoholu nastąpiło trwałe wyleczenie. *C.*

Juliusburger i Meyer: **O wpływie gorączki na komórki zwojowe.** (*Berl. klin. Woch.* 1898, 31). J. i M. badali komórki zwojowe rdzenia i mózgu u 9 zmarłych na rozmaite choroby gorączkowe (posocznica, zapalenie ropne tk. podskórnej, gruźlica, zapalenie płuc włóknikowe i t. p.) i stwierdzili w 8 przypadkach zupełnie prawidłowe obrazy drobnowidowe odnośnie do komórek kory mózgowej, a bardzo małe zmiany w komórkach rogów przednich rdzenia i to nie we wszystkich przypadkach. W jednym tylko przypadku istniały znaczne zmiany komórek korowych, i wyraźne lecz słabsze zmiany komórek rdzeniowych. Zmiany komórek korowych polegały na ich zaokrągleniu, jakby obrzmieniu, zniknięciu wypustek, znikaniu ziarn protoplastycznych, począwszy od środka — ku obwodowi, zmianie postaci, odśrodkowem ułożeniu a wreszcie znikaniu jąder komórkowych. Jąderka nie były zmienione.

Jak wiadomo, ogłosili Goldscheider i Flatau, na podstawie badań, dokonanych na królikach, ogrzewanych w cieplarce, oraz w jednym przypadku płonicy i w jednym tężca, przebiegającego z gorączką, tudzież na zasadzie badań Dejerina w jednym przypadku zapalenia płuc, że pod wpływem gorączki ulegają komórki zwojowe charakterystycznym zmianom, mianowicie zaokrągleniu, znikaniu ziarenek Nissla, przyczem jądro pozostaje w środku komórki i t. d. — Otóż J. i M. zaprzeczają zapatrywaniu Goldscheidera i Flataua, że zmiany te są swoistym skutkiem gorączki; nietylko bowiem zauważyli oni zmiany komórek tylko w jednym przypadku na dziesięć, lecz zmiany te były nieco inne, niż zmiany, opisane przez Goldsch. i Fl. i nadto nie dotyczyły komórek rogów przednich, lecz głównie komórek korowych. Co więcej, takie same zmiany znaleźli J. i M. w przypadku szaleństwa bez gorączki przebiegającego.

Wnoszą więc ostatecznie z tego, J. i M., że zmian w budowie komórek nerwowych nie można uważać za różnice jakościowe, lecz tylko za ilościowe i że niema wogóle swoistych zmian w układzie nerwowym pod wpływem go-

rączki, jak wogóle rozmaitym obrazom klinicznym nie odpowiadają żadne swoiste zmiany anatomiczne w budowie komórek ustroju. *X.*

Prof. Sawczenko: **O ostrym gośćcu stawowym i bakteryi Achalmea.** (*Russkij archiw patołogii, kliniczeskoj mediciny i bakteriołogii.* 1898. V. Z. 5). W 5 przypadkach ostrego gośćca stawowego wykrył S. odrębny rodzaj bakteryj bezpowietrznych (anaërob), najzupełniej podobnych do tych, które Achalme wykazał we krwi chorych na gościec. W jednym przypadku bakterya ta pomięszana była z paciorkowcami, zresztą znajdowała się w ustroju chorych w czystej hodowli. Tylko u jednego ozdrowieńca nie udało się S. wyhodować żadnych drobnoustrojów z krwi. Bakterye Achalmea rosną najlepiej na bulionie lekko ocukrzonym ($^1/_2$% laktozy), który się naprzód mięsza z 10 cm. sześć. fizyologicznego roztworu soli kuchennej, a potem z kwasem mlekowym aż do słabego odczynu kwaśnego; potem dodaje się, w chwili, gdy ma się zakładać hodowle, mleka wyjałowionego przy 120° C. ($^1/_4$ na $^3/_4$ bulionu); wreszcie do 10 cm. sześć. tej mięszaniny dodaje się 1 cm. sześć. badanej krwi i rozdziela to do dwóch probówek, odcinając dostęp powietrza. Osady rozwijają się już po dobie. — Bakterya Achalmea wydziela szereg substancyj, posiadających własność ujemnej *chemotaxis* i wywołujących martwicę tkanin; tym to właśnie substancyom zawdzięcza bakterya Achalmea swoje własności chorobotwórcze. Śródbłonki, pokrywające otrzewnę, zdają się zobojętniać do pewnego stopnia działanie tych substancyj; tak przynajmniej wnosi S. z tej okoliczności, że podskórna dawka zabójcza jest mniejszą od dawki zabójczej śródotrzewnowej, i że zwierzęta, które uodporniono przeciw zabójczym dawkom, zadanym do otrzewnej, giną po najmniejszej zabójczej dawce, zadanej podskórnie. Wstrzykując jadowitą hodowlę do żył, można króliki uodpornić także przeciw zakażeniu przez szczepienie podskórne. Salicylan sodowy opaźnia rozrost hodowli na sztucznych pożywkach, a u królików, zaszczepionych miernemi ilościami bakteryj Achalmea, skraca i łagodzi przebieg zakażenia.

Doc. Ciechanowski.

Tauber: **Przyczynek do znajomości tężca ludzkiego.** (*Wiener klin. Woch.* 1898, 31). Przypadek tężca, spostrzegany przez T., zakończony, mimo stósowania antitoksyny Behringa, po 6 dniach śmiercią, przedstawia kilka ciekawych szczegółów. W ostatnim dniu choroby stężenie mięśni zupełnie ustąpiło; mimo to parcie krwi pozostało bardzo wysokie, z czego wnosi T., że nie zależy ono w tężcu od oporu dla krążenia wskutek skurczu mięśni, lecz od podrażnienia ośrodków naczynioruchowych. Podobnież sądzi T., że podwyższenie ciepłoty ciała nie zależy od wzmożonego wytwarzania ciepła w silnie i ciągle skurczonych mięśniach, jak to za Leydenem najczęściej się utrzymuje; mianowicie w swoim przypadku spostrzegał T. w czasie ogólnego tężca ciepłotę 37·3, która dopiero w chwili ustępowania stężenia podniosła się 38·3, a doszła do 42·1° C. w chwili, gdy wszystkie mięśnie oddawna zwolniały. Przeciw przypuszczeniu Leydena przemawiały zresztą już doświadczenia Tizzoniego i Cattaniego, którzy stwierdzili u świnek morskich spadek ciepłoty, równoległy z rozwojem objawów tężca. Zaszczepienie świnek morskich cząstką strupka z otarcia na nodze, które było wrotami dla zakażenia, dało w przypadku T. wynik dodatni; natomiast szczepienie krwi, zarówno wziętej za życia, jak i wydobytej ze zwłok, nie wywołało tężca u zwierząt: stoi to w sprzeczności z zapatrywaniem, że prątek tężcowy na miejscu pierwotnego zakażenia wkrótce ginie. Dalej powiodło się Tauberowi wywołać tężec u zwierząt przez zaszczepienie cząstek tkanki mózgowej i rdzenia, co potwierdza powszechnie przyjęte zdanie, iż jad tężca wiąże się szczególnie ściśle z tkanką nerwową; z drugiej jednak strony należałoby przypuścić, że jad tężcowy wiąże się także z komórkami innych narządów, ponieważ tensam wynik dały szczepienia cząstek wątroby; dotychczas przypuszczenie to niewielu miało zwolenników. Badania drobnowidowe rdzenia, na którem w najświeższych czasach oparto cały szereg teoryi, dotyczących patologij komórki nerwowej, wykonywano prawie wyłącznie, odnośnie do tężca, na zakażonych zwierzętach; a tylko w 4 przypadkach tężca ludzkiego. W swoim (piątym z kolei) przypadku stwierdził T., bardzo rozmaite zmiany komórek nerwowych; jedynem zjawiskiem stałem, a zgodnem z dawniejszemi badaniami, jest według T. „obrzęk“ jąderek w komórkach nerwowych.

X.

Cziklinskaja: **O drobnoustrojach, żyjących w wysokiej ciepłocie.** (*Ruskij Archiw patołogii, kliniczeskoj mediciny i bakteriołogii.* 1898. V. Zesz. 6). Do niedawna sądzono, że drobnoustroje mogą się rozwijać tylko w umiarkowanej ciepłocie, to jest między 0 a 45° C. Dopiero w ostatnich głównie czasach wykryto cały szereg mikrobów, żyjących w wyższych ciepłotach (55—65° C.), a ginących poza tą granicą. Dotychczas jednak sądzono, że zdolność życia w wyższych ciepłotach posiadają tylko bakterye w ściślejszem słowa znaczeniu. Pierwszy Kędzior opisał w roku zeszłym „Cladothrix termophila“, żyjącą między 35 a 65° C. Autorka zdołała zaś obecnie wyhodować dwa rodzaje grzybków, należących do gromady grzybków promieniczych (actinomyces), rosnących przy 48—68° C. Oba te rodzaje nie rozwijają się wprawdzie w ciepłocie ciała, jednak nawet po miesiącu nie tracą w niej jeszcze swej żywotności. Zarodniki ich znoszą dobrze przez 20 minut ciepłotę 100°— i są bardzo odporne na środki przeciwgnilne, gdyż nie giną w 50% kwasie karbolowym nawet po dobie. Oprócz tego wykryła autorka rodzaj „Mucorinae“, rosnących w 48—65° C., co stanowi rzecz w każdym razie wyjątkową, gdyż wszystkie pokrewne rodzaje, oprócz kilku chorobotwórczych, żyjących przy 37° C., rozwijają się najlepiej przy 20° C. Czy i jakie znaczenie posiadać mogą te nowe dane dla patologii, przyszłość dopiero okaże, skoro lepiej będą zbadane właściwości życiowe odkrytych drobnoustrojów i warunki, wśród których właściwości te wytworzyć się mogą.

Doc. Ciechanowski.

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

E. Merck (Darmstadt). *Bericht über das Jahr 1897.* Styczeń, 1898.

(Ciąg dalszy).

Caseojodinum, biały proszek, zawiera 8—9% jodu podobnie jak jodothyrina, a rozpuszcza się tylko w rozcieńczonym gorącym alkoholu i w rozcieńczonych zasadach. Kocher poleca go do leczenia wola.

Sole gromady ceru (Cerium nitricum, Didymium nitricum, Lanthanium nitr.) posiadają własności odkażające.

Chininum phospho-muriaticum $C_{20}H_{24}N_2O_2$. HCl. $2PO_4H_3 + 3H_2O$. Kryształki bezbarwne, w 2 częściach wody rozpuszczalne, zawierają około 50% alkaloidu. Jodkiewicz poleca ten przetwór przeciw uporczywym postaciom zimnicy i nerwowym bólom głowy. Dawki winny być większe niż np. Chin. sulf., gdyż zawartość alkaloidu w tym przetworze jest blisko 25% mniejszą.

Chinopyrinum składa się z 3 części chininy i 2 części antipiryny; rozpuszcza się w 2 częściach wody. Używana do injekcyi podskórnych, nie nadaje się do podawania wewnętrznego [1].

Chinosolum, środek o słabych przeciwgnilnych własnościach, stósowany jednak z dobrym skutkiem w roztworze 1:1000—1:8000 do przestrzykiwań pochwy; pomięszany z kwasem borowym (1:5—10) w zastępstwie jodoformu, z maścią borową (1:20) w chorobach ocznych; Müller podawał go wewnętrznie (0·5—1·0 pro die) w trądzie, a Cipriani stosując równocześnie wstrzykiwania (1:200), z chinosolu i podając go wewnętrznie, miał otrzymywać niezłe wyniki w leczeniu gruźlicy płuc i kości.

Chrysarobinum oxydatum, środek polecany przez Unnę w chorobach skóry, w których używanie zwykłej, silniej dzia-

---

[1]) Patrz »Przegląd lekarski“ Nr. 29, praca Dra K. Lewkowicza.

łającej, chrysarobiny jest przeciwwskazanem, jak: wyprysk twarzy, części płciowych i t. d.

Zapisuje się:

Rp.: *Chrysarobini oxydati 2.5—5.0*
Vaselini
Lanolini aa 25 00
M. f. unguentum
Ds.: *zewnętrznie.*

Dr. J. Żychoń.

(Ciąg dalszy nastąpi).

W klinice Prof. Barduzzi'ego (Sienna) leczą świerzb w następujący sposób: kąpiel pół-godzinna z natarciem mydłem szarem, obsuszenie, świeża bielizna, a po przejściu do drugiej sali dokładne nasmarowanie maścią: Ung. Helmerich 1000,0 (Sulf. citrini 10,0 Kali subcarbon. 1,0 Axung. 40,0) Ol. terebinth. 200,0; tak natarty chory leży w łóżku przez 6 godzin, poczem wchodzi na pół godziny do kąpieli cieplej z 300,0 kali carbonicum, po której pudruje się całą skórę. Rzeczy tymczasem oddają do odkażenia. (Rif. med. 1898. 26, 27). F. K.

Strisower z Odessy używa w odrze maści ichtyolowej w stosunku 1:3, smarując nią rano i wieczór całą powierzchnię skóry; twierdzi on, że po takiem leczeniu, zastósowanem w początkach choroby (tylko zaczerwienienie gardła), wysypka nie występuje, a ciepłota szybko spada. Po 4—5 dniach następuje wyleczenie. F. K.

Levy używa, próbując na sobie samym, w łupieżu pstrym (pityriasis versicolor) lysolu w ten sposób, że zwilża nim przez 3 dni rano miejsca chorobą zajęte, a w następnych dniach zmywa je ½—1% rozczynem lysolu; w 8 dniach leczenie ukończone. F. K.

Unna podaje osłonę przeciwko promieniom Röntgena, zamiast zwykle używanych płyt metalowych, w postaci kleiny cynkowej, do której dodaje 10% cynobru, a którą nakłada w kilku warstwach. F. K.

Silberstein w Hamburgu (Ther. Monatsh. Nr. 7) podawał chorym kiłowym pigułki w następującej postaci:

Ung. Lanolin. Hydrarg. ciner. 4.5
Pulv. rad. Liquirit. 5,0
Mucil. gumm. arab. q. s. ut f. pill. Nr. 60.
S.: *2 razy dnia po 2 pigułki.*

Jeżeli przestrzegano zwykle zalecanych przy podawaniu rtęci przepisów higienicznych i dyetetycznych, to nigdy nie występowały objawy zatrucia, a wpływ na zmiany kiłowe był prawie taki sam, jak przy wcieraniach. Anuschat, twórca powyższych pigułek, zalecał przy tem leczeniu pożywną dyetę obok małej ilości napojów wyskokowych i po podaniu 30 pig. przerywał leczenie na 1—2 tygodni, poczem na nowo zalecał 30 pig. Jedynym objawem podrażnienia były czasami wolniejsze stolce, występujące tylko rzadko i przemijająco. F. K.

W świądzie odbytu (pruritus ani), wywołanym żylakami, wstrzykiwał Boeck po 30,0—60,0 następującego płynu:

Extr. fluid. hamamel. virgin. 30,0
Extr. fluid. secal. corn.
Extr. fluid. hydrast. canad.
Tct. Benzoës aa 60,0
Ol. Olivar. carbol. (5%) 30,
S.: *Przed użyciem wstrząsnąć.*

F. K.

Leistikow zaleca w świądzie moszen (pruritus scroti) przemywania:

Sublimat. corr. 0,05
Spir. vini rect.
Aqu. Chamomill. aa. 25,0
Chloroform. gtt. V.
Aqu. laurocer. ad 100,0
S.: *Zewnętrznie.*

F. K.

Korn opisuje nader dobre wyniki w półpaścu i świerzbiączce po używaniu orthoformu w postaci 10% maści lub pudru z mączką i łojkiem. (Die ärztl. Praxis Nr. 13). F. K.

Fournier (Journ. d. mal. cut. et syph. 1898. 3) zwraca uwagę na dogodność użycia somatozy w kile, szczególnie w tych przypadkach, w których podawanie pokarmów stałych jest utrudnione skutkiem zmian w jamie ustnej lub gdy objawy żołądkowe po podawaniu rtęci doprowadziły do braku łaknienia. Wtedy najlepiej podawać somatozę 4 razy dnia po łyżeczce w mleku lub bulionie. F. K.

VII. KORESPONDENCYE.

Listy z Paryża.

W czerwcu.

VIII.

Ze zbliżeniem się letnich upałów słabnie powoli ruch naukowy paryski, a chociaż wskutek obfitości towarzystw i czasopism lekarskich nie ustaje on nigdy w zupełności, to jednak już teraz znać początek wakacyi. W istocie, chociaż kurs uniwersytecki kończy się urzędownie dopiero z początkiem sierpnia, to jednak już przy schyłku czerwca zamyka się znaczna część wykładów, a równolegle z tem i rozprawy w towarzystwach zwolna leniwieją. Pospieszam więc uzupełnić poprzednie moje listy treściwem sprawozdaniem z tego, czem się tu w maju i czerwcu zajmowano.

W rozprawach nad zapobieganiem gruźlicy, które zajęły kilka posiedzeń Akademii lekarskiej, a w znacznej części obracały się około zapobiegania gruźlicy w wojsku francuskiem, uczestniczyli oprócz referenta Granchera, Gibert, Laveran, Colin, Kelsch, Vallin i w. i. Ostateczne wnioski streszczają się w dość skromnych ramach powszechnie utartych przepisów: zalecić rodzinom gruźliczym używanie spluwaczek z rozczynem kw. karbolowego, lub jak chcieli inni, sublimatu, czyszczenie posadzek wilgotną tkaniną dla uniknięcia pyłu, przegotowywanie mleka, wczesne i staranne leczenie; w szpitalach powinny istnieć odrębne oddziały dla gruźliczych, zanim nie powstaną osobne zakłady (sanatoria), a w tych oddziałach należy często i dokładnie przeprowadzać odwietrzenie ścian, podłóg i sprzętów; w hodowli bydła rozpowszechniać rozpoznawcze szczepienie tuberkuliny; mięso zwierząt zakażonych ma być niszczone jednak tylko w przypadkach gruźlicy ogólnej. Laveran słusznie podniósł, że podane przez Akademię przepisy dobre są dla rodzin zamożnych; ubogim pozostają jako ochrona tylko zakłady, do którychby swych chorych oddawać mogli, które zatem czemprędzej tworzyćby należało. Podnoszono również wpływ korzystny, jakiby na ogół ludności wywrzeć powinno rozgłoszenie treści obrad Akademii i wydanie odpowiednich broszurek. Ważniejszem, ale chyba niełatwem do wykonania było żądanie Giberta, aby wszystkie mieszkania suchotników z urzędu były odwietrzane, a pościel i łóżka zmarłych palone.

Z innych spraw, które zajęły resztę posiedzeń Akademii lekarskiej, wymienić należy wykład Mendelsona (z Petersburga) o znaczeniu rozpoznawczem odruchów w cierpieniach części szyjnej rdzenia. Powszechnie przyjęto do niedawna, że zmiany w tej okolicy nietylko nie znoszą odruchów, lecz je wzmagają. Dopiero w ostatnich czasach spostrzeżono, że niekiedy dzieje się przeciwnie. M. przekonał się zapomocą licznych doświadczeń, że drogi nerwowe dla odruchów prawidłowych, występujących po minimalnem podrażnieniu, przechodzą bez wyjątku przez górny odcinek części szyjnej rdzenia, z czego wynika, że zmiany w tej okolicy powinnyby właśnie wywołać zniesienie odruchów w całym niżej leżącym odcinku rdzenia. Na tej podstawie opiera M. wniosek, że zniesienie odruchów ścięgnistych w niższych częściach ciała nie wskazuje koniecznie na zmianę w niższej części rdzenia; przeciwnie, byłby to, zdaniem M. objaw dowodzący poprzecznego zajęcia rdzenia w tzw. „regio bulbocervico-spinalis".

Dieulafoy opisał przypadek wrzodu żołądka, który sądząc z pomyślnych skutków leczenia swoistego, był, zdaniem mowcy, przyrody kiłowej. Zmiany kiłowe żołądka mają być według D. wogóle częstsze, niż się dotychczas przypuszcza; a skoro wrzód żołądka tej przyrody nie różni się w objawach niczem od zwykłego wrzodu okrągłego, należałoby według D., w każdym przypadku wrzodu u osobnika, który przebył kiłę, próbować leczenia swoistego.

Mongour (z Bordeaux) sądzi na podstawie badań bakteryologicznych, że przypadki błonicowatego zapalenia

jamy ust należą do rozmaitych postaci chorobowych i nie stanowią jednolitej jednostki patologicznej, ponieważ tylko w pewnej części polegają na prawdziwej błonicy. Przeciw tym twierdzeniom wystąpił silnie Rendu, który z pracy M. zdawał Akademii sprawę, a krytykując ją teoretycznie, podniósł niebezpieczeństwo zakażenia, gdyby zapatrywania M. znaleść miały praktyczne zastósowanie w szpitalach, w których dotąd przypadki błonicowatego zapalenia ust starannie od innych chorych się oddziela.

W Akademii umiejętności („Académie des sciences“) starali się Sabrazès i Brengues udowodnić jeżeli już nie tożsamość, to przynajmniej nader bliskie pokrewieństwo grzybków strupienia woszczynowego i figówki. Badaczom tym powiodło się mianowicie u ludzi i u myszy zapomocą „trichophyton“ pochodzącego z przypadku figówki na brodzie, wywołać strupień („favus“), którego przyczyny upatrywano dotąd wyłącznie w swoistem „achorion“. Pokrewieństwo obu pasorzytów uwidocznia się zresztą, zdaniem S. i B., już w ich cechach postaciowych.

Cyon zdawał sprawę z badań swoich nad czynnościami przysadki mózgowej (hypophysis cerebri). Zauważył on, że już lekki ucisk na przysadkę zwalnia uderzenia serca, równocześnie je wzmacniając, i wpływa na parcie krwi. Ten sam skutek wywierają najsłabsze nawet bodźce elektryczne. Oprócz tego wydzielać ma przysadka pewną swoistą substancyę, hypophysinę, działającą w podobny sposób.

Arloing zauważył, że w zatruciu jadem błoniczym jest surowica przeciwbłonicza skuteczniejszą, gdy się ją wprowadza wprost do krwi, niż gdy się ją wstrzyknie do otrzewnej, najmniej zaś skuteczną po wstrzyknięciu podskórnem. Z tych doświadczeń wnosi A., że używając surowic leczniczych, należałoby więcej zwracać uwagi na sposób, w jaki się je wciela do ustroju. Na pierwszem czerwcowem posiedzeniu zawiadomił zaś Arloing o dalszych wynikach badań swych nad aglutynacyą prątków gruźliczych pod działaniem surowicy krwi; nabywa ona tej własności nietylko u zwierzat, które zniosły pewną ilość wstrzykiwań tuberkuliny lub jadowitych prątków gruźliczych, lecz również, chociaż w stopniu nieco słabszym, po wstrzykiwaniach eukalyptolu, gwajakolu i kreozotu. Żaden zresztą z tych środków nie posiada sam własności aglutynacyjnych.

Z innych wykładów w Akademii umiejętności zasługują jeszcze na wzmiankę badania Variota i Chicotota, którzy zalecają radiografię, jako wyborny środek oznaczenia rozmiarów serca. Niezadowoleni wynikami opukiwania i fonendoskopii uciekli się oni do X = promieni i utrzymują, że sprawdzając wyniki swych pomiarów na trupach, znaleźli różnicę kilku zaledwo milimetrów między bezpośredniem mierzeniem, a obrazem radiograficznym.

VIII. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Memoryał w sprawie zapobiegania rozszerzaniu się gruźlicy, a w szczególności za pośrednictwem mleka i mięsa zwierząt gruźliczych.

(Odczytany na posiedzeniu komisyi przemysłowo-lekarskiej Tow. lek. krak w d. 13. VI. 1898).

Opracował

Prof. Dr. O. Bujwid.

(Dokończenie. Patrz Nr. 36).

W Austryi dotąd próby z tuberkuliną robione były w bardzo nieznacznych rozmiarach. Z referatu Rudovskyego dowiadujemy się, że przeprowadzili te szczepienia Gerstenberger w Villach (7 sztuk), Schwammel w Zwetl (10 sztuk), Münzer w Plan (146 sztuk), Hauptman w Kamenitz; Obratschai na Szlązku znalazł, że ze 173 sprowadzanych z zagranicy Siementhelerów 50% dało odczyn, 20% było podejrzanych; Wieninger w Scharding (14 sztuk). Wszędzie gruźlica pokazała się w dużej odsetce. Na Morawach, na wniosek Tow. Rolniczego, Minist. Roln. udzieliło subwencyi 500 złr. i 1000 tuberkuliny. Zgłosiło się do próby 720 właścicieli z 5684 sztukami bydła. Szczepienia jednak mogły być przeprowadzone tylko u 855 sztuk, należących do 72 właścicieli. Już przedtem jednak w r. 1896 na koszt właścicieli szczepiono 663 sztuk i w 1897 również na koszt właścicieli 796 sztuk, tak iż razem zaszczepiono 2314 sztuk. Z nich pokazało się 922 = 39,8%, gruźliczych, 102 = 4,4% podejrzanych.

W Galicyi pierwsze próby wykonałem z własnej inicyatywy w majątku p. Wiktora pod Rzeszowem. Wypróbowałem tam zapomocą tuberkuliny bydło holenderskie z 2 obór w ilości 154 sztuk i znalazłem 70% gruźlicy. Pokazała się przytem chora sztuka najpiękniejsza z całej obory, nagrodzona medalem na Wystawie Lwowskiej. Doświadczenia te omówiłem wyżej. W 1½ potem szczepiliśmy oborę tę poraz drugi i pokazało się, że po oddzieleniu sztuk chorych

Wyniki szczepienia bydła tuberkuliną w oborach galicyjskich.

Zestawił Dr. Batko.

Numer obory	Szczepiono bydła wogóle			Bydło czerwone polskie			Bydło ras zagranicznych				Bydło mięszane			Odsetek	
		reagowało (sztuk)	podejrzane (sztuk)		reagowało (sztuk)	podejrzane (sztuk)			reagowało (sztuk)	podejrzane (sztuk)		reagowało (sztuk)	podejrzane (sztuk)	bydła dotkniętego gruźlicą	bydła o gruźlicę podejrzanego
1	154	107	—	17	1	—	137	oldenburgi	106	—	—	—	—	70·0	—
2	58	30	6	—	—	—	—		—	—	58	30	6	51·7	10·3
3	30	19	—	—	—	—	—		—	—	30	19	—	63·3	—
4	162	123	16	—	—	—	162	holendry	123	16	—	—	—	75·9	9·8
5	93	52	18	—	—	—	93	holendry	52	18	—	—	—	55·1	19·3
6	7	—	1	7	—	1	—		—	—	—	—	—	—	14·2
7	46	30	—	21	7	—	25	oldenburgi	23	—	—	—	—	65·2	—
8	41	4	—	29	4	—	—		—	—	12	—	—	9·7	—
9	49	33	—	—	—	—	—		—	—	49	33	—	67·5	—
10	107	20	14	65	10	11	42	bernery	10	3	—	—	—	18·6	15·8
11	63	6	—	63	6	—	—		—	—	—	—	—	9·5	—
12	27	17	—	—	—	—	—		—	—	27	17	—	63·0	—
13	70	40	4	—	—	—	70	oldenburgi czyste i mięsz.	40	4	—	—	—	57·1	5·7
14	58	14	1	—	—	—	—		—	—	58	14	1	24·1	1·7
15	42	7	—	31	5	—	—		—	—	11	2	—	16·6	2·3
16	77	55	5	—	—	—	77	holendry	55	5	—	—	—	71·4	5·1
Razem	1084	567	65	233	33	12	606		409	46	245	115	7	52·3	5·9

Z ogólnej liczby szczepionego bydła czerwonego (krajowego), oceniając z reakcyi gorączkowej, było gruźlicą dotkniętych 14·2%.
„ „ „ „ niekrajowego (bez względu na rasę) . . . . „ „ „ 60·3%.

i wykarmieniu sztuk młodych gruźlica znacznie się zmniejszyła. Obecnie obora ta jest stale zapomocą tuberkuliny przez samego właściciela kontrolowaną. Każda nowa sztuka, która do niej wchodzi, bywa próbowana tuberkuliną. Wobec prób, które wykonałem, i wyników, otrzymanych w innych krajach, Sejm przyznał w 1897 roku 500 złr. na prowadzenie prób z tuberkuliną. W ten sposób, ogółem od roku 1895 do obecnej chwili, zaszczepiłem, przy pomocy moich asystentów i pomocników z pośród młodych lekarzy i medyków[1]) 1010 sztuk bydła w 16 majątkach. Powyżej załączam tablicę szczepień i ilość bydła oraz % gruźlicy. Przeciętnie odsetka gruźlicy wynosi 57,14% z bydła ras obcych i 14,16% z pośród bydła krajowego.

Jak widać z przytoczonych cyfr i dat statystycznych, gruźlica jest prawie wszędzie jednakowo wśród bydła rozpowszechnioną i czas już wielki, ażeby jakieś środki przedsięwziąć dla zwalczenia złego. Inne kraje już do obecnej chwili w tej sprawie nas wyprzedziły. Nie możemy pozostać w tyle, gdyż inaczej odbije się to niekorzystnie nie tylko na naszej zdrowotności, ale nawet, na co bardzo usilnie zwracam uwagę, i na naszem gospodarstwie rolnem. Wobec środków przedsięwziętych do zwalczania gruźlicy w innych krajach, gdy gruźlica tam zostanie zmniejszoną, bydło nasze może zupełnie stracić wartość na rynkach zagranicznych i hodowcy bardzo wiele stracą materyalnie a z nimi i dobrobyt całej ludności rolniczej bardzo dobitnie tę sprawę odczuje.

Należy więc zacząć póki czas. W tym celu Rząd powinien ująć sprawę w ręce i dążyć do wypracowania szeregu ustaw przeciw gruźlicy. Ustawy te w obszerniejszym zakresie uwzględnić powinny wszystkie braki, jakie dotąd dają się odczuwać z powodu niezaliczenia gruźlicy do chorób zakaźnych, tak u ludzi, jako też i u zwierząt.

Wspomnę tutaj tylko o odsobnianiu chorych po szpitalach w odrębnych oddziałach, o obowiązkowem odkażaniu mieszkań i bielizny osób gruźliczych, o ułatwieniu budowania sanatoryów. Na razie powinna być wypracowaną ustawa w sprawie dostarczania mięsa i mleka, wolnego od gruźlicy, ażeby przynajmniej tą drogą powstrzymać szerzenie się zarazy. W celu opracowania takich ustaw proponowałbym utworzenie stałej komisyi, złożonej z fachowych znawców, któraby się sprawą tą zajęła. Ponieważ jednak sprawa tego rodzaju wymaga dużo czasu i przygotowań, należałoby tymczasowo w drodze rozporządzeń, ułatwić właścicielom obór korzystanie z bezpłatnych rozpoznawczych szczepień tuberkuliną i wyznaczyć pewną sumę z funduszów państwowych lub krajowych na pokrycie kosztów szczepienia bydła u właścicieli, którzy się o to zgłoszą. Oczywiście Rząd musiałby sposób prowadzenia sprawy ujednostajnić, ku czemu posłużyć może specyalnie w tym celu opracowane pouczenie.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, 8 Września.

* Dr. Emanuel Machek mianowany został profesorem zwyczajnym okulistyki w Uniw. lwowskim.

— Wyzysk lekarzy przez Kasy chorych, wzrastający ciągle nietylko u nas, ale i w Niemczech, poczyna budzić tu i owdzie opór ze strony wyzyskiwanego i krzywdzonego stanu lekarskiego. Dotychczas kończyło się wszędzie prawie na pięknych słówkach, tak jak to zresztą podobno i u nas się dzieje. Tem godniejszą uwagi jest zmowa lekarzy w niemieckiem mieście Barmen, zdaje się pierwsza wogóle, a stanowczo poraz pierwszy przeprowadzona wytrwale i, co ważniejsze, uwieńczona powodzeniem. Zarząd Kasy tamtejszej spoczywa od niedawna w ręku socyalnych demokratów, którzy wszędzie, przynajmniej w Niemczech, starają się w Kasach „robić oszczędności“, aby dowieść, jak źle poprzednio, za kapitalistycznych rządów, w Kasach gospodarowano. Ofiarą tej polityki padają w pierwszym rzędzie lekarze. Kasa chorych w Barmen, liczącem 130.000 mieszkańców i około 60 lekarzy, o tyle właściwiej urządzoną jest od naszych, że trzyma się tak zw. wolnego wyboru lekarzy i wypłaca wynagrodzenie roczne w stosunku do liczby członków Kasy, leczonych przez tego lub owego z 40 lekarzy, świadczących jej swe usługi. Zarząd Kasy zaczął szykanować lekarzy kontrolą zapisywanych recept, twierdząc, że szafuje się zawielu i za drogiemi lekarstwami; wymagał dalej, aby lekarze zmuszali chorych do zwrotu pudełek i flaszek z lekarstw aptekom, aby starali się o znaczniejszy opust ceny leków dla Kasy, co więcej, pozwalał sobie ostro strofować lekarzy i grozić zerwaniem kontraktu, jeśli który receptami swojemi przekraczał średnią kwotę kosztów aptecznych, obliczoną według widzimisię zarządu Kasy rocznie na jednego jej członka. W końcu zachciało się zarządowi zrobić z lekarzy bezpłatnych urzędników kasowych i zmusić ich, aby pieniądze, potrzebne na lekarstwo, osobiście, z wręczonego im zapasu, chorym przy poradzie wypłacali. Tego było w końcu za dużo; niesłychane to żądanie odrzucono jednomyślnie, na co Kasa odpowiedziała bezzwłocznem zerwaniem umowy ze wszystkimi lekarzami. Krok ten był nieprawny, to też lekarze oświadczyli, że ustąpić mogą ze swoich posad dopiero po upływie zastrzeżonego umową wypowiedzenia. Sprawę na razie niby załagodzono, lekarze nie dali jednak za wygraną i równocześnie, we właściwym czasie, wypowiedzieli swe umowy. Zarząd Kasy starał się sprowadzić lekarzy zamiejscowych i przekupić niektórych miejscowych, dokazał jednak tylko tyle, że zamiast 40, musiał ograniczyć się do 7 lekarzy, z tego 3 sprowadzonych. Oczywiście teraz czynności Kasy szły jak najgorzej; chorzy, nie mogąc doczekać się porady od przeciążonych pracą zdrajców sprawy zawodowej, podnieśli przeciw Kasie rodzaj buntu, który ostatecznie wywołał wdanie się właściwej władzy; pod naciskiem władzy i członków Kasy musiał zarząd ustąpić, a lekarze zyskali wszystko, czego żądali, to jest znaczne przedłużenie zawieranych umów i czasu wypowiedzenia, podwyższenie płacy o 10%, i usunięcie mięszania się zarządu w nieswoje sprawy.

— Izba lekarska morawska postanowiła dla uczczenia jubileuszu cesarza Franciszka Józefa utworzyć fundusz zapomogowy dla lekarzy, noszący jego nazwisko. Za staraniem Dra v. Kusyego, szefa sekcyi sanitarnej w ministerstwie spraw wewnętrznych, do tworzącego się funduszu przelano majątek rozwiązanego berneńskiego „Kronprinz-Rudolf-Stephania-Unterstützungs-Institut“, wynoszący prawie 4000 złr. wal. austr.

— W Cieplicach Trenczyńskich daje dyrekcya zdrojowa we Wrześniu za 3 złr. dziennie od osoby mieszkanie z utrzymaniem i kąpielami, zarówno ciepłemi, jak i zimnemi (w nowych łazienkach, na ten cel zbudowanych).

* Rosyjski departament rozkazał wpuszczać bez opłaty cła wszelkie surowice, wyrabiane w Instytucie paryskim Pasteura, o ile flakoniki z surowicą opatrzone będą oryginalnem zakorkowaniem i opakowaniem.

Mianowania i odznaczenia Przewodniczący galicyjskiej Rady zdrowia, prof. Dr. Adam Czyżewicz, otrzymał order żelaznej korony III-ciej klasy, a zastępca przewodniczącego, Dr. Wiktor Opolski, mianowany został radcą rządowym z uwolnieniem od taksy. Dr. Józef Zakrzewski, lekarz prakt. w Aleppo, otrzymał austryacki tytuł radcy cesarskiego. Do szpitali morskich przyznaczeni zostali lekarze okrętów liniowych: Kazimierz Mieroszewski, Alfons Wittembski i Antoni Lisowiecki. Profesorem higieny w Utrechcie mianowany został Dr. Eijkman. Doc. Dr. Rille mianowany został prof. nadzwyczajnym chorób skórnych i kiłowych w Insbruku.

Nekrologia. Z Bombayu donoszą, że Dr. Elżbieta Phillips umarła z dżumy, padając ofiarą poświęcenia. Berliński profesor, Dr. Nasse, spadł z Pontresiny w przepaść i zginął na miejscu.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Kronice lekarskiej* (Zeszyt 16): Dra Kucharzewskiego H.: Czy uraz może wywołać ostre zapalenie nerek? Dra Sędziaka J.: Z kazuistyki laryngo-rynologicznej. W *Medycynie* (Nr. 36): Dra Strzemińskiego J.: Przypadek przymiotu oczu dziedzicznego w drugiem pokoleniu. Dra Olszewskiego H.: Dwa przypadki cięcia cesarskiego zachowawczego z powodu guzów miednicy małej (dok.). W *Gazecie lekarskiej* (Nr. 36): Dra Pechkranca St.: Przyczynek do etyologii kaszlu. Dra Zaleskiego K.: Kilka słów o zapaleniu płuc włóknikowem. Dra Nenckiego L.: Czy sacharyna jest szkodliwą dla naszego zdrowia? W *Krytyce lekarskiej* (Nr. 9): Lekarz, jako biegły przed sądem karnym. Z pamiętników prof. Szokalskiego. Dra Sterlinga W. Z fizyologii i patologii muzyki (dok.). Dra Giedroycia: Jaskółcze ziele (chelidonium), notatka historyczna.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Do dzisiejszego Nru dołącza się dla prenumeratorów w Austryi zamieszkałych dodatek: **Spółki wyrobu patentowanego proszku roślinnego „Humus“.**

[1]) Asystenci: Dr. Kaczyński, Bier i Batko. Lekarze: Dr. Mańkowski, Kostanecki, kand. med. Bernaciński.